



## ZARZĄDZENIE Nr KO.021.38.2024

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasle

**z dnia 27 listopada 2024 roku**

w sprawie: powołania Komisji Rekrutacyjnej i wprowadzenia regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 dofinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

na podstawie § 6 ust.1 i ust. 8 uchwały Nr XXIV/194/2004 Rady Miejskiej Jasła z dnia 14 lipca 2004 r. w sprawie: statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasle, zmienionej uchwałą Nr XLI/356/2008 Rady Miejskiej Jasła z dnia 22 grudnia 2008 r. oraz uchwałą Nr LXVII/552/2010 Rady Miejskiej Jasła z dnia 24 maja 2010 r. oraz Uchwałą Nr LIV/554/2017 Rady Miejskiej Jasła z dnia 15 listopada 2017r., **zarządzam co następuje:**

### § 1

Z dniem 27.11.2024 roku powołuję komisję do przeprowadzenia rekrutacji uczestników do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 dofinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego w następującym składzie:

1. Aleksandra Bochenek – przewodniczący komisji;
2. Karolina Kwolek – członek komisji;
3. Jolanta Buczyńska - Pacana – członek komisji;
4. Monika Solecka – członek komisji.

### § 2

Szczegółowe zadania komisji rekrutacyjnej oraz tryb jej pracy określa regulamin rekrutacji i udziału w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

### § 3

Wykonanie zarządzenia powierza się przewodniczącemu komisji rekrutacyjnej.

### § 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

(-)

**Dyrektor Miejskiego Ośrodka  
Pomocy Społecznej w Jasle  
Urszula Kućma**



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

---

Załącznik nr 1 do Zarządzenia  
nr KO.021.38.2024 z dnia 27.11.2024r.  
Dyrektora MOPS w Jaśle

# **Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**



## § 1 Definicje

1. **Asystent** – osoba świadcząca usługę asystencką.
2. **Beneficjent** – Gmina Miasto Jasło / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasle, ul. Szkolna 25, 38-200 Jasło.
3. **Kandydat** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
4. **Ośrodek** – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasle.
5. **Komisja Rekrutacyjna** – pracownicy Ośrodka powołani Zarządzeniem Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasle.
6. **Program** – Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
7. **Uczestnik Programu** – osoba z niepełnosprawnością zakwalifikowana do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.

## § 2 Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin określa zasady rekrutacji do Programu oraz zasady uczestnictwa w Programie.
2. Regulamin określa prawa i obowiązki Uczestnika Programu oraz Beneficjenta.
3. Program realizowany będzie przez Gminę Miasto Jasło / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasle od dnia 01.01.2025 r. dnia do 31.12.2025 r. Termin rozpoczęcia realizacji Programu uzależniony będzie od daty zawarcia umowy z wykonawcą usługi.
4. Program jest dofinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
5. Program jest skierowany do mieszkańców gminy Miasto Jasło.
6. Biuro Programu znajduje się w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasle, ul. Szkolna 25, 38-200 Jasło.
7. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników Programu.

## § 3 Kryteria uczestnictwa

1. Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria:
  - 1) Dostępu:  
Jest:
    - a) dzieckiem od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności -



konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, lub

- b) osobą z niepełnosprawnością posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności:
- o stopniu znacznym lub
  - o stopniu umiarkowanym lub
  - traktowane na równi do wymienionych w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

- zamieszkującą na terenie Miasta Jasła.

2) Formalne:

- a) złożony w siedzibie Ośrodka we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne, tj.:
- kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, stanowiącą **załącznik nr 7 do Programu**;
  - kartę zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, stanowiącą **załącznik nr 8 do Programu**;
  - kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności;
  - klauzulę informacyjną (RODO), **stanowiącą załącznik nr 2 do regulaminu**;
  - **Załącznik nr 15** do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – klauzulę informacyjną RODO.

3) Premiujące - w pierwszej kolejności uwzględnione zostaną potrzeby:

- osób z niepełnosprawnościami samotnie gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;
- osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;
- dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
- osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub traktowanym na równi z tym orzeczeniem, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi.



2. Niespełnienie przez kandydata kryteriów premiujących nie wyklucza go z możliwości zakwalifikowania do Programu, jednak w przypadku dużej liczby zgłoszeń kryteria premiujące mogą mieć wpływ na zakwalifikowanie do Programu.

#### § 4

#### Zasady rekrutacji

1. Beneficjent planuje w ramach realizowanego Programu objęcie wsparciem **77 osób**, w tym:
  - 1) **5 dzieci** od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 orzeczenia o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
  - 2) **40 osób** posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
  - 3) **18 osób** posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
  - 4) **2 osoby** posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
  - 5) **12 osób** posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.
2. Powyższe proporcje mogą ulec zmianie w trakcie procesu rekrutacji, nie mniej jednak minimum 50 % zrekrutowanych do Programu osób stanowić będą osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia tj. dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia, osoby legitymujące się znacznym stopniem niepełnosprawności lub traktowanym na równi oraz osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności).
3. Osoba ubiegająca się o wsparcie w ramach Programu zobowiązana jest złożyć kompletnie uzupełnione dokumenty wymienione w § 3 w formie papierowej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Jaśle przy ul. Szkolnej 25 **w pokoju 111**, 38-200 Jasło, w godzinach urzędowania Ośrodka tj. **w poniedziałek w godzinach 8.00 do 16.30, od wtorku do czwartku w godzinach od 8.00 do 15.00 lub w piątek w godzinach 8.00 do 13.30, od dnia 02 grudnia 2024 roku do dnia 06 grudnia 2024 roku.**
4. Dokumenty, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem opiekuna prawnego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej lub osoby z niepełnosprawnością.
5. Karty zgłoszenia do Programu wraz z pozostałą dokumentacją rekrutacyjną będą rejestrowane według kolejności zgłoszeń.
6. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami wymaganymi przez Beneficjenta nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata/ Kandydatki do Programu.



7. W terminie do 23.12.2024 r. prowadzona będzie weryfikacja kryteriów, o których mowa w § 3.
8. Ocena kryteriów dostępu i formalnych zostanie dokonana metodą: spełnia / nie spełnia.
9. Niespełnienie któregokolwiek z kryteriów dostępu lub formalnych kończy dalszą weryfikację dokumentów rekrutacyjnych (Kandydat/ Kandydatka zostaje odrzucona).
10. Ocena kryteriów premiujących nastąpi według niżej wymienionych wartości punktowych:
  - 1) Kandydat/ Kandydatka jest osobą z niepełnosprawnością samotnie gospodarującą, które nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich (weryfikacja na podstawie zapisów zawartych w karcie zgłoszenia do Programu):
    - a) Tak - 7 pkt
    - b) Nie - 0 pkt
  - 2) Kandydat/ Kandydatka jest osobą z niepełnosprawnością wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, które nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich (weryfikacja na podstawie zapisów zawartych w karcie zgłoszenia do Programu):
    - a) Tak - 5 pkt
    - b) Nie - 0 pkt
  - 3) Kandydat/ Kandydatka posiada niepełnosprawność sprzężoną, tj. występują co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności (weryfikacja na podstawie dokumentu potwierdzającego posiadanie niepełnosprawności sprzężonej t.j. orzeczenie o niepełnosprawności):
    - a) Tak - 5 pkt
    - b) Nie - 0 pkt
  - 4) Kandydat/ Kandydatka jest osobą z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub traktowanym na równi z tym orzeczeniem, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych:
    - a) Tak - 5 pkt
    - b) Nie - 0 pkt
  - 5) Kandydat/ Kandydatka jest dzieckiem od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji:
    - a) Tak - 5 pkt
    - b) Nie - 0 pkt
  - 6) Kandydat/ Kandydatka nie korzysta/ nie ubiega się o wsparcie w postaci usług asystenckich lub usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych w ramach innych



Programów lub Projektów w 2025 roku (weryfikacja na podstawie dokumentów dostępnych w Ośrodku):

- a) Tak - 7 pkt
  - b) Nie - 0 pkt
11. Zastrzega się możliwość przeprowadzenia wizyty w środowisku osoby z niepełnosprawnością w celu weryfikacji danych zawartych w karcie zgłoszenia do Programu.
  12. Do uczestnictwa w Programie zostaną zakwalifikowane osoby, które uzyskały największą liczbę punktów w procesie rekrutacji. W przypadku Kandydatów posiadających taką samą liczbę punktów o zakwalifikowaniu do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń do udziału w Programie.
  13. W wyniku procesu rekrutacji zostanie utworzona lista osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie oraz lista rezerwowa, które spełniają kryterium dostępu i formalne, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc. Osoby z listy rezerwowej danej grupy docelowej mogą zostać zaproszone do udziału w Programie według pozycji zajmowanej na liście rezerwowej w trakcie jego trwania w przypadku rezygnacji, skreślenia osoby z uczestnictwa lub pojawienia się możliwości zakwalifikowania większej niż zakładana liczba osób.
  14. Osoby, które złożą dokumenty rekrutacyjne po upływie terminu o którym mowa w § 4 ust. 3 spełniające kryteria dostępu i formalne, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1 i 2 zostaną umieszczone na liście rezerwowej danej grupy docelowej pod pierwszą wolną pozycją.
  15. O zakwalifikowaniu do Programu Kandydaci/ Kandydatki zostaną powiadomieni przez Beneficjenta pisemnie w terminie do dnia 31 grudnia 2024 roku.
  16. W przypadku braku wystarczającej liczby Kandydatów Beneficjent zastrzega sobie prawo do przedłużenia terminu ogłoszonego naboru do Programu, co nie będzie miało wpływu na rozpoczęcie realizacji usługi dla osób zakwalifikowanych do udziału w Programie.
  17. Decyzja Komisji rekrutacyjnej jest ostateczna i nie podlega procedurze odwoławczej.
  18. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Beneficjenta.
  19. Rekrutacja będzie prowadzona przez Komisję Rekrutacyjną.
  20. Członkowie Komisji Rekrutacyjnej przed przystąpieniem do prac złożą oświadczenia, których wzór stanowi **załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.**

## § 5

### Zakres usług

1. Zakres usług:
  - a. Wsparcie uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
  - b. Wsparcie uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
  - c. Wsparcie uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
  - d. Wsparcie uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.



2. Usługa asystencka na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
3. Zakres czynności w ramach usługi asystenckiej stanowi załącznik nr 8 do Programu.
4. Zadaniem Asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
5. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby z niepełnosprawnością i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodzin osoby z niepełnosprawnością.
6. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego Asystenta maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.
7. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika wynosi nie więcej niż:
  - 1) 590 godzin rocznie dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
  - 2) 500 godzin rocznie dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
  - 3) 305 godzin rocznie dla osób posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
  - 4) 245 godzin rocznie dla:
    - a) osób posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
    - b) dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 orzeczenia o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
8. Ośrodek zastrzega sobie możliwość zmiany limitu godzin, o którym mowa w ust. powyżej.
9. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 min. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 min., wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 min. trwania.
10. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu.





11. Uczestnik Programu ma prawo wskazać w karcie zgłoszenia do Programu osobę do świadczenia usługi asystencji osobistej na jego rzecz. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 Karty zgłoszenia do Programu, Uczestnik Programu oświadcza, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług na jej rzecz oraz nie jest członkiem jej rodziny. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny Uczestnika uznaje się wstępnym raz zstępnymi, krewnymi w linii bocznej, małżonka, wstępnymi oraz zstępnymi małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem. Zmiana asystenta wskazanego w karcie zgłoszenia do Programu możliwa jest w szczególnie uzasadnionych przypadkach, m.in. ustania stosunku pracy Asystenta lub inne, pod warunkiem złożenia odpowiedniego wniosku zawierającego uzasadnienie.
12. Za wszelkie czynności realizowane przez Asystenta na prośbę osoby z niepełnosprawnością lub jego opiekuna w miejscu zamieszkania i w zakresie niezgodnym z niniejszym regulaminem odpowiedzialność ponosi osoba z niepełnosprawnością lub jego opiekun.

## § 6

### Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik Programu zobowiązany jest do niezwłocznego informowania Ośrodka nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany, o wszelkich sytuacjach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej ( np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych Programów Ministra dotyczących usługi asystencji osobistej).
2. Zmiana stopnia niepełnosprawności Uczestnika lub korzystanie przez niego w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu będzie skutkować zmianą przysługującego Uczestnikowi limitu godzin usługi. Nowy limit będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
3. Uczestnik Programu ma prawo do:
  - a) wskazania w karcie zgłoszenia do Programu, osoby, która będzie świadczyć usługę asystencji osobistej z zastrzeżeniem zapisów § 5 ust. 11 niniejszego Regulaminu;
  - b) korzystania z usługi asystenckiej w wymiarze i zakresie ustalonym przez Beneficjenta;
  - c) bycia traktowanym przez Asystenta z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych;
  - d) poszanowania jego uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usługi asystenckiej, jeśli nie wiążą się z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem;



- e) wymagania od Asystenta świadczenia usług w sposób sumienny i staranny oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;
  - f) zachowania przez Asystenta tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej Uczestnika lub / i członków rodziny lub / i osób zamieszkujących wspólnie z Uczestnikiem;
  - g) otrzymywania informacji o nieobecności Asystenta lub o jego / jej zastępstwie przekazanej przez Beneficjenta;
  - h) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jej rzecz usług oraz zgłaszania ich Asystentowi oraz Beneficjentowi.
4. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:
- a) współpracy z Ośrodkiem oraz Asystentem przy realizacji usługi asystenckiej w miarę jego możliwości;
  - b) traktowania Asystenta z należyтым szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
  - c) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z Asystentem oraz niewykorzystywania relacji z Asystentem do realizacji własnych interesów;
  - d) współpracy z Asystentem bez względu na wygląd, pochodzenie, wiek, płeć itp.;
  - e) wymagania od Asystenta jedynie tych zadań, które zostały uwzględnione w zakresie usługi asystenckiej i zamieszczone w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz Regulaminie rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
  - f) umożliwienie Asystentowi wejście do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi,
  - g) potwierdzania własnoręcznym podpisem na karcie realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, **załącznik nr 9 do Programu**. W przypadku odmowy podpisania karty realizacji usług Uczestnik jest obowiązany podać powód odmowy. Asystent odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy;
  - h) niezwłocznego przekazania Beneficjentowi lub Asystentowi informacji o planowanych, a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi asystenckiej;
  - i) respektowania zasad niniejszego Regulaminu.
5. Jako zachowania niedopuszczalne w stosunku do Asystenta traktuje się:
- a) stosowanie przemocy wobec Asystenta (popychanie, szturchanie, rzucanie przedmiotami, itp.);
  - b) podnoszenie głosu na asystenta;
  - c) stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów;



- d) zachowania przekraczające granice sfery intymnej;  
- ww. zachowania mogą być powodem do zakończenia świadczenia usługi.
- 6. Uczestnik nie powinien:
  - a) pożyczać pieniędzy Asystentowi;
  - b) pożyczać pieniędzy od Asystenta;
  - c) przekazywać korzyści majątkowych Asystentowi, w szczególności mieszkania, pieniędzy, cennych przedmiotów itp.;
  - d) udzielać pełnomocnictwa, w tym notarialnego Asystentowi do rozporządzania swoim majątkiem ani do reprezentowania przed władzami państwowymi, urzędami, organami administracji publicznej, sądami, podmiotami gospodarczymi, osobami fizycznymi, a także do składania oświadczeń oraz wniosków procesowych w kontaktach z wymienionymi podmiotami.

## § 7

### Realizacja usługi asystencji osobistej

1. W podejmowanych działaniach Asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby i preferencje Uczestnika Programu.
- ~~2.~~ W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 12 części IV Programu, finansowane ze środków publicznych.
3. Niedozwolone jest spożywanie przez Uczestnika, osobę z niepełnosprawnością lub opiekuna alkoholu, używania środków odurzających lub znajdowanie się pod ich wpływem w trakcie realizacji usługi przez Asystenta.
4. Uczestnik powinien, o ile jest to możliwe zapewnić, aby osoby wspólnie zamieszkujące z osobą z niepełnosprawnością:
  - a) utrzymywały czystość wspólnie użytkowanych sprzętów, pomieszczeń oraz urządzeń;
  - b) umożliwiły Asystentowi wykonywanie usług;
  - c) traktowały Asystenta z należytych szacunkiem i z zachowaniem form grzecznościowych.
5. W sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub sytuacji zagrażających zdrowiu i życiu osoby z niepełnosprawnością w trakcie realizacji usługi, Asystent wzywa karetkę pogotowia i bezzwłocznie informuje o tej sytuacji Uczestnika Programu - zgodnie z podanym numerem telefonu.
6. Asystent ma prawo odmówić realizacji usługi:
  - a) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Asystenta;



- b) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wyrządzenia szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.
7. Niewywiązanie się przez Uczestnika z obowiązków określonych w niniejszym Regulaminie, może skutkować skreśleniem z uczestnictwa w Programie i odmowy udzielenia dalszego wsparcia.

## § 8

### Warunki rezygnacji z uczestnictwa w programie

1. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili.
2. Każdy Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji z podaniem powodu rezygnacji.

## § 9

### Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w Programie i Regulaminie decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Ośrodka.
3. W uzasadnionych przypadkach, Beneficjent zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów.
4. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.
5. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia Zarządzenia przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaśle i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.
6. Regulamin rekrutacji i udziału w Programie dostępny jest w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaśle, ul. Szkolna 25, 38-200 Jasło oraz na stronie internetowej [www.mopsjaslo.pl](http://www.mopsjaslo.pl)

(-)

**Dyrektor Miejskiego Ośrodka  
Pomocy Społecznej w Jaśle  
Urszula Kućma**

## OŚWIADCZENIE CZŁONKA KOMISJI REKRUTACYJNEJ

Imię (imiona) i nazwisko .....

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji oświadczam, że:

1. Nie ubiegam się o uczestnictwo w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025;
2. Nie pozostaję z żadnym z Kandydatów do Programu w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.

....., dnia .....r.  
(miejscowość)

.....  
(czytelny podpis)

---

W związku z zaistnieniem okoliczności o której mowa w pkt. ....<sup>1</sup> podlegam wyłączeniu z dalszych prac w Komisji Rekrutacyjnej.

....., dnia .....r.  
(miejscowość)

.....  
(czytelny podpis)

---

<sup>1</sup> Wskazać właściwy punkt, jeżeli dotyczy.

**Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Zgodnie z art. 13 i art.14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaśle**, zwany dalej: „Administratorem”. Kontakt do Administratora: tel. **13 4464328**, e-mail: **[mopsjaslo@mopsjaslo.pl](mailto:mopsjaslo@mopsjaslo.pl)**
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: **[iod@mopsjaslo.pl](mailto:iod@mopsjaslo.pl)**.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby z niepełnosprawnościami, rodzice i opiekunowie osób z niepełnosprawnościami oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.

7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez *Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaśle*, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub *Wojewodzie Podkarpackiemu* m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)). Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

### Karta zgłoszenia do Programu

## „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

### I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres: .....
3. Telefon kontaktowy: .....
4. Data urodzenia: .....
5. Status na rynku pracy: .....
6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko .....

7. Grupa/stopień niepełnosprawności: .....
8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)
- 2) dysfunkcja narządu wzroku
- 3) zaburzenia psychiczne
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak**  / **Nie**

11. Czy porusza się Pan(i):

<b>W domu</b> <input type="checkbox"/>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>
--	--	---	---

<b>Poza miejscem zamieszkania</b> <input type="checkbox"/>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>
--	--	---	---

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak**  / **Nie**

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?  
.....

14. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? –  
**Tak**  / **Nie**



15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak**  / **Nie**

## II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

.....  
.....  
.....  
.....

## III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA<sup>1</sup>:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: .....
2. Wiek:.....
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....  
.....

4. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

.....

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....  
.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....  
.....

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:
- a) ubieranie **Tak**  / **Nie** ;
  - b) korzystanie z toalety **Tak**  / **Nie** ;
  - c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak**  / **Nie** ;
  - d) czesanie **Tak**  / **Nie** ;
  - e) golenie **Tak**  / **Nie** ;
  - f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak**  / **Nie** ;
  - g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak**  / **Nie** ;
  - h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak**  / **Nie** ;

<sup>1</sup> Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.

- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak**  / **Nie** ;
  - j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak**  / **Nie** ;
  - k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak**  / **Nie** ;
  - l) sianie łóżka i zmiana pościeli **Tak**  / **Nie** .
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak**  / **Nie** ;
  - b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak**  / **Nie** ;
  - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak**  / **Nie** ;
  - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
  - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**  / **Nie** ;
  - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak**  / **Nie** ;
  - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**  / **Nie** .
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak**  / **Nie** ;
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak**  / **Nie** ;
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak**  / **Nie** ;
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak**  / **Nie** ;
  - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak**  / **Nie** ;
  - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak**  / **Nie** .
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak**  / **Nie** ;
  - b) wyjście na spacer **Tak**  / **Nie** ;
  - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak**  / **Nie** ;

- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak**  / **Nie**
  - e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak**  / **Nie**
  - f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak**  / **Nie**
  - g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak**  / **Nie**
  - h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak**  / **Nie**
  - i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak**  / **Nie**
  - j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak**  / **Nie**
8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak**  / **Nie**

#### IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak**  / **Nie**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:  
**dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

.....  
.....

3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?  
**Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- a. limitu przyznanych godzin: .....
- b. limitu wykorzystanych godzin: .....
- c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane:  
.....

#### V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt. 1) i 2) Programu.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

## Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu

### „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

**Uwaga:** Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
  - a) ubieranie
  - b) korzystanie z toalety
  - c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
  - d) czesanie
  - e) golenie
  - f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
  - g) obcinanie paznokci rąk i nóg
  - h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
  - i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
  - j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
  - k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
  - l) stanie łóżka i zmiana pościeli
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
  - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - sprząatanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
  - b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie)
  - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku
  - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)

- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)
  - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go
  - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu
  - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami
  - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji
  - b) wyjście na spacer
  - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
  - d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej
  - e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy
  - f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
  - g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze
  - h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.
  - i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością
  - j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji

Miejscowość, dnia .....

Podpis .....

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr: .....

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Adres uczestnika Programu: .....

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od ..... do .....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu ..... 2025 r. wyniosła ..... godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu wyniósł ..... zł – 140 zł miesięcznie na asystenta, gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością i 240 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy, koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.\*\*

.....  
Data i podpis asystenta

### **Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym.

.....  
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

\*\* Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.



## **Kluczowa informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

### **Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: [iodo@mrpips.gov.pl](mailto:iodo@mrpips.gov.pl) lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

### **Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby do kontaktu ze strony Wojewody, gminy/powiatu lub innego podmiotu, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu (dot. osoby wskazanej w umowie, osób upoważnionych do składania wyjaśnień oraz osób wskazanych w załącznikach do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025): imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określone w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

### **Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863), dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie programów, nabór wniosków lub ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją.

### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/ Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług przez Ministra, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/ Pana dane.

Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

### **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

### **Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

### **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie**

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

### **Źródło pochodzenia danych**

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub podmiot, który udostępnił nam dane, w związku z zawarciem lub realizacją umowy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

### **Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:**

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.